FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1888 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 novembre 1888, à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par Grégoire BREITMAN

Né le 10 juin 1859, à Ananieff (Russie)
Interne en Médecine des Asiles (1887-1888)
Ex-interne en Médecine de l'Hôtel-Dieu de St-Denis (Concours 1886)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris (1883-1884-1885)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉCHOLALIE, DE LA COPROLALIE

ET DE L'IMITATION DES GESTES

Chez les Dégénérés et Aliénés

ESSAI CLINIQUE SUR LA SEMEOLOGIE DES DÉGÉNÉRÉS

Président de la Thèse : M. CHARCOT.

Jury : MM. TRÉLAT, professeur. RECLUS, agrégé. JOFFROY, id.

PARIS
LIBRAIRIE OLLIER-HENRY
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen .... M. BROUARDEL.

Professeurs : MM.

Anatomie .... FARABEUF.
Physiologie .... CH. RICHET.
Physique médicale .... GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale .... GAUTIER.
Histoire naturelle médicale .... BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales .... BOUCHARD.
Pathologie médicale .... { DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale .... { GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique .... CORNIL.
Histologie .... MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils .... DUPLAY.
Pharmacologie .... REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale .... HAYEM.
Hygiène .... PROUST.
Médecine légale .... BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés .... TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie .... LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée .... STRAUS.
Clinique médicale .... { SEE (G.) POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants .... GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale .... BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .... FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux .... CHARCOT.
Clinique chirurgicale .... { RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique .... PANAS.
Clinique d'accouchement .... N...

Professeurs honoraires : GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	Ribemont-Dessaignes.
BOUILLY.	HANRIOT.	POUCHET.	A. ROBIN.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	RAYMOND.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RECLUS.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	REMY.	
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE & DE MA MÈRE

Regrets éternels

A MON FRÈRE S. BREITMAN

A MONSIEUR S. H. GOLDSCHMIDT

Docteur en droit

Expression bien sincère de ma profonde reconnaissance

A MONSIEUR LE DOCTEUR SCHAFFIER

Ancien interne de l'Hôpital Rotschild

Témoignage de reconnaissance

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARCOT
Professeur de la Faculté
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON TRÈS HONORÉ MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉCORCHÉ
Professeur Agrégé
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. LEGRAIN
Médecin de la Colonie de Vaucluse

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU DE SAINT-DENIS

A MES MAITRES DANS LES ASILES DE LA SEINE

AVANT-PROPOS

Parmi les auteurs qui ont étudié l'echolalie (1), la coprolalie (2) et l'echokinesie (3), il existe une complète divergence d'opinions.

Itard, Beard et tout particulièrement Charcot et ses élèves, Gilles de la Tourette et Guinon les envisagent comme phénomènes principaux d'un syndrome clinique parfaitement autonome, — la maladie de Gilles de la Tourette (4).

Les aliénistes comme Magnan et ses élèves Legrain et Saury voient dans l'écholalie, coprolalie et echokinesie, un syndrome épisodique de la folie des dégénérés.

Nous n'avons pas à prendre partie pour l'une ou l'autre de ces opinions aussi autorisées que différentes ; en étudiant la séméologie de la question, nous avons été frappé de la variété de quelques expressions cliniques à peine signalées par les auteurs.

(1) Imitation dela parole.

(2) Mot créé par Gilles de la Courette de " Κοπφος " ordure et " Αφαω " je parle.

(3) Mot créé par Charcot qui signifie l'imitatiou des gestes des autres.

(4) La maladie de Gilles de la Courette, *Le gendre in union méd.* 19 juillet 1885.

Ainsi à côté des écholaliques, — aphasiques (1), — type Broca, — écholaliques impulsifs, — type Beard, — écholaliques hystériques, — type Charcot, Richer, — il existe des écholaliques hallucines, délirants, franchement aliénés; à côté des coprolaliques impulsifs, il faut placer des observations des coprolaliques par hallucination, suggestion délirante et les dégénérés chez lesquels la coprolalie est une des manifestations de la folie morale ; enfin nous avons rencontré des echokinesiques agissant sous l'influence de leur délire, par impulsion ou par défaut de culture intellectuelle.

Notre but, dans ce court travail, est de présenter un tableau nosographique des trois syndromes chez les dégénérés et chez les aliénés.

Nous prions notre maître M. Charcot, professeur de la Faculté de médecine de Paris d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous exprimons ici notre sincère gratitude à notre chef de service, M. le Dr Legrain, médecin à la colonie de Vaucluse, qui a bien voulu mettre à notre disposition sa bibliothèque et ses utiles conseils.

Nous remercions M. le Dr Gilles de la Tourette pour la cordiale bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition ses documents inédits.

Que MM. les Drs Brusque et Ramadier, médecins à l'Asile de Vaucluse, veuillent bien recevoir le témoignage

(1) Travail que nous préparons.

de notre gratitude pour nous avoir donné la permission d'examiner les malades de leurs services.

INTRODUCTION

L'étude de la perversion psychique tend à prendre une extension considérable et les aliénistes cherchent de nouvelles formes des troubles psycho-moteurs.

A côté des perturbations classées et étiquettées surgit, grâce à une observation clinique, toute une série de nouveaux faits, rangée par les uns parmi les stygmates psychiques des héréditaires, considérée par les autres comme troubles moteurs tributaires de certaines névroses héréditaires.

A mesure que la séméologie des héréditaires s'enrichit, se précise et se dégage, on relègue sur un second plan la recherche de la tâche originelle dans les différentes formes d'aliénation. Il y a quelques années la question d'hérédité était invoquée en premier lieu dans le diagnostic des formes hybrides, non visiblement délirantes de dégénérescence mentale; au moins c'était l'élément principal qui confirmait un diagnostic indécis; mais à mesure que le nombre des symptômes psychiques *stygmates psychiques* augmente on tend à revenir sur la forme analytique et à reconstituer par le tableau clinique détaillé l'origine héréditaire de tel et tel état nevro-psychique. Ainsi en 1884,

la question posée par une académie pour le prix Aubanel était : « existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de reconnaître qu'une maladie mentale est héréditaire en l'absence de notion sur les antécédents? Exposer ces caractères. » Cette tendance à la synthèse est bien justifiée. L'hérédité qui joue un si grand rôle dans la pathologie générale influe sur la vie névro-psychique des descendants et engendre dans les cas pathologiques des modalités cliniques, extrêmement variables. Il s'agit de savoir si en étudiant la seméologie de chaque état psychique et en groupant le bilan syndromique, on ne pourrait pas par déduction démontrer l'origine héréditaire, manifestement dégénérative.

Les travaux récents de la double école de S[te] Anne répondent suffisamment à la question. Mais les auteurs n'ont pas, il nous semble, assez insisté sur trois syndromes, connus depuis longtemps, mais récemment signalés sous une forme plus expressive par Charcot et ses élèves.

Il s'agit de certains états morbides de l'axe cérébro-spinal qui font naître quelquefois chez les prédisposés, des convulsions partielles multiples et variées, soit par excès d'impréssionnabilité du système nerveux périphérique, soit par érithisme de quelques centres médullaires ou encéphaliques isolés. Les syndromes à physionomie clinique caractéristique que nous allons décrire sont essentiellement impulsifs et indolents. Tantôt constantes et à évolution déterminée chez les mêmes individus (maladie de Gilles de la Tourette) dans le même milieu nosologique (Beard et Jankovsky (1), ils sont plus ordinairement transitoires

(1) Vratch, n° 36, 1885, p. 602.

quelquefois même fugaces et d'une durée de quelques jours chez les aliénés. Les tics occupent la face, les membres, le tronc, etc, en un mot tout le système de la vie de relation.

L'état convulsif frappe parfois quelques centres psychiques et tantôt le malade profère sans pouvoir s'en empêcher des mots orduriers, obscènes, lascifs ou par obsession, il répète comme un perroquet et mot à mot, sans aucun pouvoir sur lui-même, le dernier mot, un bout de phrase, une phrase entière qu'il vient d'entendre, enfin, soit inconsciemment, soit par impulsion invincible, les malades imitent et exécutent les gestes qu'ils voient faire sous leurs yeux ou qu'ils ont emmagasiné dans leur mémoire visuelle.

Dans ce complexus symptomatologique nous devons faire la part des centres médullaires et des centres encéphaliques. Les convulsions, les sauts désordonnés, les mouvements involontaires, expriment une absence d'équilibre dans le fonctionnement des différents centres médullaires.

Le cri inarticulé, l'écholalie, la coprolalie et l'imitation des gestes résultent probablement d'une lésion des centres cerebro-protucrantiels.

Sous l'influence combinée d'une excitation périphérique et centrale, nous verrons les dégénérés, ces futurs candidats à l'aliénation mentale, exécuter toute une série d'actes bizarres, désignés sous le nom de « latha » « jumping » et « myriachit » par les auteurs étrangers.

Nous sommes en droit de considérer ces tendances aux tics involontaires, comme des affections psycho-motrices

spasmodiques ou autonomiques de différents centres cérébro-spinaux qui se manifestent chez les héréditaires dégénérés avant l'apparition d'un délire systématique et organisé et nous voulons démontrer, en adhérant à la synthéisation que les symptômes signalés, envisagés ensemble ou pris séparément constituent autant de manifestations des « psychiques » et que leur présence isolée ou réunie implique le diagnostic de la dégénérescence ou une forme fruste d'aliénation mentale.

L'écholalie, la coprolalie et l'échoninésie n'impliquent pas un certain *statu quo* des ascendants. Un enfant echolalique peut avoir pour parents ou collatéraux des alcooliques, vésaniques, épileptiques etc. Le coprolalique peut être le produit morbide d'un hystérique ou paralytique général. L'échoninésique peut dériver d'une hérédité convergente et enfin les trois syndromes réunis peuvent résulter des antécédents touchés cérébralement, présentant les états psychiques ou neuropathiques variables et multiples.

Chaque syndrome pris à part se présente en clinique avec son autonomie pathologique propre, sa marche respective différente, mais il dépend comme tous les autres, obsession des dégénérés, (kleptomanie, aboulie, manie du jeu, arithmomanie, oniomanie etc.) d'une même cause, perversion psychique des centres cérébro-spinaux

Les auteurs qui ont traité les premiers la question en France comme Charcot et ses élèves, Gilles de la Tourette, Guinon, Le Gendre voient dans la réunion de ces trois syndromes une maladie à part caractérisée essentiellement par des tics multiples ; étudiant leur sujet sur un

terrain spécial et particulièrement la nosographie des manifestations motrices du système nerveux et ayant la bonne fortune de voir une série de malades favorables, réunissant les trois syndromes à une lucidité d'esprit plus ou moins apparente. Gilles de la Tourette comme Guinon furent frappés plus particulièrement par l'état morbide *motrice* de leurs malades.

Dans les travaux très consciencieux et ou la partie descriptive dénote des cliniciens et des profonds observateurs, ces auteurs, tout en reconnaissant l'hérédité neuropsychopathique de leurs malades, les présentent comme atteints de différents tics, comme des « *echotomates*. »

On aurait mauvaise grâce à ne pas reconnaître qu'effectivement chez quelques dégénérés « *les tics* » revêtent une évolution clinique graduelle et inéluctable et un malade atteint d'un tic partiel peut devenir ultérieurement coprolalique, avoir après des impulsions echolaliques ou echokinésique et garder pendant *toute sa vie* cet état greffé ou non sur des idées fixes.

C'est pour *cette entité morbide particulière* que le chef de clinique de la Salpétrière revendique une place à part dans la nosographie.

Dans ce travail nous nous plaçons exclusivement sur le terrain *de la dégénérescence mentale* et laissons à part comme entité pathologique la maladie nerveuse à laquelle Charcot a donné à juste titre le nom de « maladie de Gilles de la Tourette » (1).

(1) Charcot. Leçon clinique recueillie par le Dr Q. Melotti (de Bologne) et publiée dans « *La riforma medica* nº 184, 185 *et* 186. « *Intorno ad aleuni casi di tic convulsivo, con coprolalia ed ecolatia.* »

DE L'ÉCHOLALIE, COPROLALIE ET ECHOKINESIE EN GÉNÉRAL

HISTOIRE CLINIQUE DE LA QUESTION

La question que nous traitons à deux périodes historiques nettement tranchées. En parcourant les auteurs de ce siècle, on découvrirait beaucoup de faits relatifs au sujet qui nous occupe. Mais tous les auteurs, pendant la première période en relatant les observations des impulsions et obsessions chez les dégénérés, signalent l'écholalie, pour ainsi dire, en passant. Les mots echokinesie et coprolalie n'existent pas non plus. Ces mots sont nouveaux. Ils signifient comme nous l'avons dit, imitation de la parole (echolalie est un mot créé depuis longtemps).

La tendance à prononcer les mots obscènes, injurieux, lascifs sous l'influence d'une impulsion irrésistible est la coprolalie, enfin une propulsion involontaire impulsive ou automatique à imiter les gestes, que les malades *voient* ou *ont vu* faire devant eux constitue l'échokinésie (Charcot).

A l'époque où les syndrômes que nous décrivons étaient

encore mal définis et mal différentiés des autres névroses, les auteurs les ont considérés comme un assemblage de bizarreries, qu'on trouve chez les nerveux. Cela dit, passons à la chronologie.

En 1825, Itard rapporte une observation détaillée d'une jeune femme très nerveuse qui était prise souvent de contractions convulsives dans les muscles.

« Parmi les mouvements désordonnés el involontaires dit l'auteur, les troubles de la parole sont caractéristiques. Au milieu d'une conversation, qui l'intéresse le plus vivement, *tout à coup, sans pouvoir s'en empêcher*, elle interrompt ce qu'elle dit ou ce qu'elle écoute par des cris bizarres et *par des mots encore plus extraordinaires* et qui font *un contrast déplorable avec son aspect et ses manières distinguées*. Ces mots sont pour la plupart *des jurons grossiers*, *des épithètes obscènes*, *l'expression toute crue d'un jugement*. Gilles de la Tourette qui cite cette observation (1) dit : M. le Professeur Charcot a vu à plusieurs reprises cette malade qui, jusqu'à un âge avancé, avait conservé son incoordidination musculaire et prononçait malgré elle, même dans les lieux publics des mots obscènes qui étaient particulièrement : « m..., f..., c... ! »

La coprolalie impulsive n'a donc pas échappé à Itard et à Charcot ; en 1846, Edouard Seguin signale le langage en écho chez les idiots (écholalie par arrêt du développement). Le maître sympathique des idiots, mort récemment en Amérique fait observer (2) *qu'il y a des idiots qui se contentent de répéter tout ce qu'on leur dit, toutes les de-*

(1) Itard. Sur quelques fon. nerv. des appar. de la locom. etc., arch. gén. de méd. 1825, T. VIII.

(1) Gilles de la Tourette in Archives de Neurol. 25, 1885.

(2) Seguin. Traitement moral des idiots. Paris 1846.

mandes qu'on leur adresse, comme si c'était des réponses. On en voit qui répètent le dernier mot, la dernière syllabe, la dernière lettre de la voix qui les interroge.

Marc (1) avait remarqué que dans certaines affections nerveuses, les malades sont pris tout à coup *de l'irrésistible envie* de dire aux personnes qui l'entouraient *les paroles les plus gaossièreset lesplus outrageantes.* Dans son traité datant de 1859, Briquet (2) cite l'observation d'Itard et ajoute celle de Brierre de Boismont Trélat (3) rapporte en 1861, le cas d'une aliénée qui profère *une foule d'injures en désaccord avec son langage habituel. Ce sont les mots les plus bas, les plus obscènes, etc.* tandisque *ordinairement, maîtresse d'elle-même, très positive et pleine de bons sens. elle est convenable, et polie avec son interlocuteur.* Dans un temps plus rapproché de nous, en 1863, Trousseau (4), relate dans son article. « Des diverses espèces de chorées » quelques observations de malades qui ont des tics divers, présentent une tendance à la répétition et sont atteints de coprolalie.

Ces tics, dit Trousseau : sont en quelques cas accompagnés d'un cri, éclat de voix plus ou moins bruyant, très-caractéristique. Ce cri, ce jappement, cet éclat de voix peuvent constituer tout le tic, C'est non seulement un éclat de voix , un cri étrange, c'est encore une tendance singulière à répéter toujours le même mot, la même exclamation, et même l'individu profère à haute voix *des mots qu'il voudrail bien retenir.*

(1) Annal. Méd. Psych. 1851.
(2) Brisquet. Traité de l'hystérie. 1859.
(3) Trélat. Folie lucide. Observation 35.
(4) Trousseau. Cliniques T.-I. Des diverses espèces de Chorée.

Dagonet (1) Dans son mémoire sur la folie impulsive de 1870 décrit l'histoire clinique d'un malade *qui profère des abominables paroles en disant que c'est la folie qui le pousse à proférer des injures*.

Pour finir avec la première période historique, citons le travail de Lyus de 1874 (2) où l'on trouve une série d'observations semblables à celles d'Itard, Marc, Brisquet, etc.

Enfin en 1879, Carlyle Iodonstone (3) parle d'un paralytique général qui se croyait être le Christ *et repétait comme un écho ce qu'il entendait*.

La seconde période historique est de date récente.

Au mois de juin 1880, a eu lieu à New-York sous la présidence du dr Miles la sixième réunion annuelle de la société névrologique américaine et parmi les différentes communicatious nous trouvons celle du dr Beard, publiée dans le *The Populare science Montily* (4).

Beard signale une « épidémie nerveuse » singulière, qui existe dans le Maine (Etat voisin du Canada) Cette névrose convulsionnaire est connue sous le nom de maladie des sauteurs. Elle frappe non seulement les femmes nerveuses, hystériques, mais les sujets qui paraissent être vigoureux, hommes adonnés aux travaux physiques. Les « Sauteurs Français du Maine » présentent comme manifestations morbide les symptômes suivants : *ils répètent textuellement les phrases qu'ils entendent prononcer, exécu-*

(1) Ann. méd. psych. 1870.

(2) Lyus. Actions reflexes cérébrales 1874. Paris.

(3) *Le Mental science* 1879, ann. in ann. méd. psych. 1882. Dixième série. T. VII.

(4) *Gilles de la Tourette.* — Arch. de Neurol. 1880-81. — Les Sauteurs de Maine.

tent sans le vouloir et pour ainsi dire inconsciement l'ordre donné et sautent involontairement lorsqu'ils sont surpris par un bruit. On peut léur ordonner de frapper, voler ou de tuer une personne ; le sauteur répète l'ordre et exécute l'acte ordonné. On comprend, combien leur état mental doit intéresser le médecin légiste.

En 1883 O'Brien (1). simple voyageur signale dans un journal de Singapore des faits à peu près analogues que l'auteur était à même d'observer en Malaisie.

Comme les « sauteurs Français » ne sont pas toujours Français, les nevroprathes héréditaires de Malaisie ne sont pas toujours de Malais et O'Brien a trouvé la même affection nerveuse chez les Camiles, les Siks, les Nubiens, etc. Ici encore il s'agit *des malades qui rèpètent et exécutent les ordres donnés, et qui, en plus imitent tous les mouvements et tous les gestes qu'on fait dans leur présence.* « Le Lathas, dit l'auteur, qui, au simple commandement, se tient sur sa tête, saisit une barre de fer rouge, ou frappe un spectateur, *est parfaitement conscient de son état d'abaissement mental et souffre beaucoup de sa dégradation d'esprit.*

Ces faits si singuliers ne sont pas particuliers à l'Amérique ou à la Malaisie, on les observe également en Sibérie et en Russie.

Le docteur Hammoud en rapporte en 1884 (2)des exemples d'aprés le témoignage d'officiers américains.

« Comme nous quittions la rive pour nous embarquer sur le bateau à vapeur, un de nos hommes jeta son béret

(1) *Gilles de la Tourette.* Loc. cit.
(2) Hammoud. *Novia maladia etc.* La med. contemporaine. Mars 1884.

à terre. Observant le pilote nous le vîmes également jeter son béret. »

L'auteur était témoin d'un incident qui prouve jusqu'où s'étendait l'irresponsabilité légale des Lathas :

Le capitaine du bateau, tout en battant des mains, butta accidentellement et tomba pesamment sur le pont. Le pilote sans avoir été touché par le capitaine, se mit a battre des mains, et voulant l'imiter jusqu'au bout, tomba précisément de la même manière et dans la même position.

La maladie est connue en Russie sous le nom de « miérieschit » et signifie un homme qui sans être fou fait des bêtises, des polissonneries. Nous avons connu dans le sud de la Russie, plusieurs malades qui présentaient au complet les symptômes morbides de jumping de Béard et de Lathas d'O'Brien. En 1885, Gilles de la Tourettes inspiré par le professeur Charcot, publie sur la question un mémoire plein d'intérêt sous le titre « Etude sur une affection nerveuse, caractérisée par l'incoordination motrice, accompagnée d'écholalie et de coprolalie.

L'auteur veut créer un groupe nosologique bien déterminé avec son diagnostic, pronostic et surtout marche propre (1).

En 1885, Jankovsky (2), rapporte 14 observations des écholaliques et échokinésiques. L'auteur a eu déjà, en 1876, l'occasion d'observer cette singulière maladie dans un village (Novië-Kieff).

Les 14 malades de Jankovsky, sont devenus écholali-

(1) La *France médicale*, N. 121, mardi 16 octobre 1888.
(2) Vratch, N. 36, 1885.

que subitement. « Il leur demande » Qu'avez-vous? Et les malades répètent ensemble « qu'avez-vous » etc.

Ni les exhortations, ni les ordres ne pouvaient pas empêcher les malades de répéter les phrases prononcées par n'importe qui des assistants. Après quelques vomitifs la tendance à l'écholalie a disparu, mais Yankovsky a constaté la persistance des mouvements involontaires et de l'échokinésie.

En 1886, Guinon propose le nom « maladie de tics convulsifs », à la maladie de Gilles de la Tourette en y ajoutant, après les leçons de Charcot, un état mental particulier (1).

En juillet 1886, M. Sémélaigne, dans une observation intitulée : « Délire hallucinatoire avec conscience » (2) parle d'un médecin qui relate ses illusions délirantes une fois guérit. « A la place de mes habits déposés sur une table et sur une chaise, j'ai vu distinctement un cercueil auprès duquel était agenouillée une femme vêtue en noir... et qui après se délaçait devant la cheminée;... me plaçant à mon tour devant la cheminée, j'imitais... les mouvements d'une femme qui se délace. »

En novembre 1886, apparaît l'observation de M. Mabile sur « l'écholalie dans le cours d'une affection mentale (3).

En 1887, M. Magnan relate dans ses leçons (4) une observation d'écholalie et de coprolalie impulsives chez une aliénée.

(1) Guignon. Sur la maladie des tics couvulsifs, *Revue de médecine*, 1886, nº de janvier.

(2) Ann. méd. psych. 1886 juillet.

(3) Ann. méd. psych. 1886 novembre.

(4) Leçons sur la folie chez les dégénérés. Prog. méd. N. 10, 1887.

Dans la même année Jatkimoff, communique à la société d'aliénistes de St-Pétersbourg, l'observation d'un hystérique qui présentait le syndrome d'écholalie (1).

Enfin dans la séance du 24 septembre 1887 de l'association française pour l'avancement des sciences Burot (de Rochefort), donne la suite de l'observation VIII de Gilles de la Tourette et M. Duplony (2), communique une observation de coprolalie et d'échokinésie impulsive chez un officier.

En parcourant l'historique de la question on voit que les trois syndromes sont signalés tour à tour dans les difffé-rents état nerveux et psychiques.

Isolés ou associés à l'incoordination motrice, accompagnés ou non d'hallucinations de l'ouïe, de la vue, les trois syndromes se présentent toujours chez différents malades avec le même caractère clinique. — impulsion.

(1) Roubinovitch. — Prog. méd. N. 10. 1887.
(2) Petit, — in Union méd. N. 119, 1887.

ECHOLALIE, COPROLALIE ET ECHOKINESIE CHEZ LES DÉGÉNRÉS ET ALIÉNÉS

SYMPTOMES DE LA DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

L'hérédité est un des plus puissants facteurs d'aliénation mentale. Cette doctrine clinique est la conséquence directe des travaux des auteurs français tels que Morel, Voisin, Fovel, Baillarger, Charcot, Dagonet, Moreau (de Tours), Bouchereau, Magnan et ses élèves, Legrain, Saury, etc. Les aliénistes et neurologues étrangers admettent également avec Meynert, Vestphal, Krafft-Ebing, Schule, etc., que la dégénérescence mentale est transmise comme un héritage pathologique par les ascendants d'un degré plus ou moins rapproché et quand elle apparaît dans une famille, indemne jusqu'alors de troubles nerveux, elle a été à coup sûr préparée de longue main par une vie d'excès, de fatigue ou de misère. *La folie ne frappe donc les dégénérés ni à l'improviste ni au hasard.* C'est depuis la vie embryonnaire que des manifestations pathologiques insaisissables diminuent graduellement la résistance vitale de l'axe cerebro-spinal et portent atteinte à l'intégrité physio-

logique de l'organisme. L'hérédité, dit Renaudin (1), joue un rôle qui est bien mieux apprécié aujourd'hui et qui peut-être même est plus important qu'il ne l'a été à aucune autre époque. Ce n'est pas de primesaut que l'aliénation mentale en devient ordinairement le produit, et souvent deux ou trois générations passent par les modifications protéiformes de diverses névroses, avant d'arriver à ce résultat final.

Kraft-Ebing (2), Legrand du Saulle et Magnan se ralient entièrement à cette opinion.

Quelles que favorables que soient les conditions d'existencedes « deviés »,l'hérédité pathologique marque toujours au coin de dégénérescence tous leurs actes et les transforme en êtres essentiellement impressionnables, pathologiques. Il existe chez les dégénérés un rapport indéniable entre les modifications organiques et psychiques et les malformations physiques sont accompagnées, le plus ordinairement, d'un état mental particulier plus ou moins pathologique.

Certains dégénérés ne présentent jamais de conceptions délirantes, mais chez eux la déviation du type normal se relève par des tics bizarres, par un état d'éréthisme général de l'organisme ou par un état d'apathie et défaut d'impulsion.

Les dégénérés supérieurs ont la conscience plus ou moins nette de l'extravagance de leurs actes, souffrent de l'impulsion ou d'arrêt de leur volonté, réprouvent les

(1) Renaudin. Traité des maladies mentales, 1874.
(2) Kraft-Ebing, Lehrbouch der Psychiatrie, etc. Stutgard, 1883.

idées qui les assaillent, mais sont souvent impuissants à les chasser. Chez les autres la dégénérescence se caractérise par unc aberration du sentiment ou désordre dans les actes. « Ces individus jouissent en apparence de leurs facultés intellectuelles, ils peuvent même avoir conscience de leur état et chercher à réprimer les tendances morbides qui les sollicitent. Ils ne délirent pas dans le sens restreint du mot, mais des actions à formes impulsives viennent affirmer l'anomalie (1).

Sans doute la prédisposition à l'aliénation mentale peut rester à l'état latent et les manifestations délirantes ne se réveillent que par des troubles psychiques insignifiants, mais sous l'influence d'une moindre cause déterminante, le délire éclate. Dans une leçon d'ouverture de clinique Ball (2) place les dégénérés dans la zône qui s'étend entre la raison et la folie.

La prédisposition aux bizarreries, imprime au caractère des héréditaires, dans l'immense majorité des cas, un cachet spécial et la dégénérescence se manifeste par un ensemble de syndromes constants ou plus ou moins transitoires, qui forment un tableau clinique unique au fond, mais variable dans ses manifestations.

Le dégénéré touche à l'aliénation mentale par un état délirant latent, un degré de plus, un traumatisme insignifiant, quelques chagrins etc, la limite est franchie et la folie fait explosion.

Si bien souvent on côtoie dans ses relations « ces aliénés en état latent » sans que rien dénote à l'œil inexpéri-

(1) Saury. — Etude clinique sur la folie héréditaire Ch. de Paris 1886.
(2) Ball. Les frontières de la folie in Enceph. 1883 N° 1.

menté, leur état, il n'en est pas moins vrai que le plus souvent le clinicien les reconnaît par un ensemble de troubles somatiques, par une certaine déséquilibration physique et morale, par un appareil sensorio-moteur irrégulier ou par leur maintien grossier, paroles ordurières involontairement proférées coprolaliques, mouvement de tic, tendance à parler à haute voix étant seul, ou à répéter les paroles et les gestes, des autres. A ce tableau clinique des insanités précursives de la folie on peut ajouter que la mobilité excessive sous toutes les formes, l'hésitation pour toute détermination, le passage brusque d'une chose arrêtée à une autre à propos d'une futilité, d'un jour ou d'une date funeste, comme treize ou vendredi, d'une superstition baroque, comme la rencontre forfuite d'un curé, ou d'un homme avec un sceau vide (1) tel est le caractère des dégénérés.

Ajoutons que dans la vie psychique ils se font remarquer par l'extravagance non moins pathologique et l'exagération ; mensonge, hypocrisie, excessive, émotivité ; ils font preuve des démonstrations les plus affectueuses ; le repentir succède rapidement à l'emportement, à des cruautés inexplicables pour eux-mêmes, qu'ils répètent quelques temps après le repentir.

Mais ce qui domine dans le tableau clinique des dégénérés ce sont les idées fixes, inexplicables, idées qui s'imposent aux malades sous différentes formes, mais toujours

(1) Nous avons plusieurs observations des dégénérés qui par exemple ne prennent jamais le train un lundi ou un jeudi, ne mettent jamais la bottine au pied droit, avant de chausser la gauche etc. Un de nos amis ne peut pas prendre un train avant d'avoir vu le N° de la locomotive, une malade de Vaucluse au milieu d'accés de gaieté prononce rapidement « on pleure quand on souffre » et retient l'accès de rire le plus franc etc.

avec le même caractère d'inéluctibilité et d'impulsion.

Ces idées fixes, se traduisant par des obsessions et impulsions, constituent un mode d'activité cérébrale propre qui pousse les malades à commettre des actes prohibés, suicide, homicide, vol etc. — Autant d'actes que la volonté est impuissante à arrêter.

Parfois, chez les dégénérés supérieurs, une lutte s'engage entre la volonté du malade d'une part, et l'idée qui s'impose en maître et produit un épuisement nerveux d'autre part.

Parfois les malades sortent vainqueurs de la lutte, le plus ordinairement ils succombent et honteux, désespérés, ils cachent devant leur entourage, les tendances impulsives, se défendent d'éprouver un symptôme maladif quelconque, mais hélas ! la réalité est visible et *épuisés de la lutte*, désespérés, beaucoup d'entre eux se demandent comme le malade des observations (III). Mais qu'est-ce que j'ai donc ? « Je crois que je suis fou ! » Si le malade parvient *à force de volonté*, après une lutte intérieure terrible, à triompher momentanément de ses obsessions, il éprouve *une angoisse* qui peut aller jusqu'à la syncope, comme chez notre coprolalique (observation V). Une fois l'action impulsive exécutée, *la satisfaction générale*, un bien-être et la tranquillité remplacent les angoisses de la lutte et les malades soulagés, continuent à vaquer à leurs diverses occupations. Malheureusement cette tranquillité ne dure pas longtemps, *les mêmes obsessions avec leur tableau clinique caractéristique se déroulent*. Peu à peu les autres centres cérébro-spinaux s'automatisent et perdant l'empire du sensorium commun, du « moi » des psycho-

logues, les malades exécutent des sauts involontaires ; des hommes polis et bien élevés sont à chaque instant tentés de laisser échapper des paroles grossières, des hommes pieux sont poussés à vomir des blasphèmes (1) les échomates (2) répètent involontairement les paroles des autres et les (échokinésiques de Charcot) imitent des mouvements à un degré plus ou moins élevé. Peu à peu le dégénéré devient plus irritable, présente des troubles de la sensibilité générale, son existence devient un véritable supplice, il se bannit volontairement de la société, les préoccupations constantes et incessantes de la même idée, très souvent puéril, la lutte pour combattre l'écholalie, la coprolalie et l'échokinésie, l'angoisse, l'impuissance du] malade, accompagnée d'une conscience complète de son état, constituent une existence atroce et terrible et le désir de se débarrasser de la vie s'impose obstinément.

Les symptômes des dégénérés que nous avons passé successivement en revue ne se groupent pas au hasard. Leurs associations différentes, tout en formant des combinaisons hétérogènes dérivent de la déséquilibration de différents centres cérébro-spinaux, mais l'action symptômatiques isolé de chaque centre peut se retrouver dans les diverses formes d'aliénation mentale. Chaque syndrome à la valeur d'une impulsion saillante dans le cours d'un tableau clinique d'un dégénéré. Les manifestations pathologiques du syndrome sont extrêmement variables, revêtent plusieurs formes à fond toujours commun-obsessif et impulsif.

(1) Ball. loc. cit.
(2) Guinon loc. cit.

Le caractère essentiel de l'impulsion est l'intermittence.

Le plus souvent les dégénérés possèdent une certaine intégrité de leurs fonctions cérébrales, mais la tendance impulsive ne peut pas exister comme phénomène isolé, sans que la raison ne soit troublée. Il n'est pas d'anomalie intellectuelle si minime qu'elle soit qui ne s'accompagne de lésion quelconque, bien que les recherches nosographiques les plus délicates n'ont pu jusqu'à présent la constater péremptoirement. L'impulsion à l'echolalie, à la coprolalie, à l'echokinesie n'est pas continue chez les malades, ainsi O'Brien, Beard, tout en affirmant que les sauteurs restent toujours sauteurs ajoutent que le repos prolongé et la vie tranquille non émotionnée font disparaître les tendances à l'écholalie, coprolalie et échokinesie, au même titre que la myxophobie d'Hammond (1) ou la gynecopholie de Müller deviennent plus ou moins intenses suivant que les malades sont calmes ou émotionnés.

Les trois syndromes que nous étudions présentent la même origine : héridité similaire ou pervertie; ils se manifestent chez les mêmes malades-dégénérés, ils ont la même marche clinique intermittente, enfin ils comportent le même diagnostic ; incidents secondaires dans la folie des dégénérés.

Baillarger (2) et Luys en France, Carpanter en Angleterre ont les premiers étudiés les lois de l'obsession et de l'impulsion. Plus tard les maîtres et les élèves de St Anne

(1) Myxophobie, crainte de se souiller.
Gynecophobie. La vue ou simplement la voie d'une personne d'un autre sexe lait entrer le malade en agitation. Un de nos professeurs de Lycée éprouvait fa même angoisse à la vue d'une souris (zoophobie).

(2) Baillarger. Théorie de l'automatisme etc. — in Annat. médc. psych. 1846 T. 6.

ont puissamment contribué à fixer les idées sur le délire émotif de Morel caractérisé essentiellement par l'obsession et l'impulsion.

La panophobie de Falret (1) (grübelsucht de Mill), la crainte de contact de Bailarger, l'agorophobie de West_phal, la peur des espaces de Legrand du Saule, l'horreur du vide de Bourdin, la claustrophobie de Ball, les terreurs morbides (morbide fear) de Beard, l'anaxophobie (peur exagérée des voitures) de Doyen et toute... la série des syndrômes épisodiques de Magnan qu'on peut trouver décrit avec beaucoup de talent par notre chef de service, M. Legrain, dans sa thèse, inaugurable (2) sont de la même nature, toutefois dans la maladie de Gilles de la Tourette ces trois syndrômes quoique régis par les mêmes lois d'obsession et d'impulsion, lois si bien formulées par Magnan (3) et Baillarger peut revêtir dans certains états névrotiques une forme clinique propre. Dans l'obsession, dit J. Lyus (4) une portion de la personnalité est seule envahie... et les malheureux patients s'expriment avec douleur, des pensées pénibles qui les poursuivent, les impulsions à faire des gestes, à faire des grimaces.

L'obsession s'empare obstinément de quelques centres psychiques, nettement délimités par l'anantomie. Chez l'echolalique impulsif, l'excitation est calmée, dès que le

(1) Luys. Recherches anatom. psychiq. et patol. sur le système nerveux 1865. Paris.

(2) Du délire chez les dégénérés Th. de Paris 1886.

(3) Considération générale sur la folie: dégénérés, délirants chroniques intermittents. Paris 1886 et signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire in Ann, méd. psych. 1884-1887. Voir la thèse de Legrain et de Saury.

(4) Des obsessions pathologiques en Encéphale 1883 N° 1

mot d'un autre est répété, la répétition épuise le centre cérébral éréthisé. Chez le coprolalique la série de mots obsédants se présente toujours dans le même ordre successif. Dans l'obs. III c'est le mot p... qui part le premier, le malade de Gilles de la Tourette dit toujours « m... c... » Une fois le mot lâché, nous dit un de nos malades, il faut que les autres partent. Le besoin de répétition jusqu'au complet épuisement du centre surexcité, s'observe avec égal intensité chez les écholaliques impulsifs ou hallucinés. Dans l'observation II de Gilles de la Tourette le malade en entendant prononcer le nom de M. Charcot, répète immédiatement plusieurs fois « Ah, Monsieur Charcot, ah, monsieur Charcot... » Chez Ch. le mot entendu, ou celui qui l'a frappé en lisant, a la tendance à revenir sur ses lèvres et à être répété à un intervalle variable.

Après l'épuisement des centres surchargés survient le calme plus ou moins durable. Cette tendance manifeste à s'éteindre après l'exécution est proportionnelle à la réaction. Quelquefois les malades parviennent à arrêter les impressions écholaliques et coprolatiques, mais cette surcharge exagérée des centres psychiques se traduit plus tard par un accroissement d'impulsion et la détente est plus difficile à venir. D'ailleurs, c'est une simple loi dynamique: la force est égale à sa résistance.

Quand Mlle X. (observation de Piters) est en présence d'une personne dont la vue l'intimide, elle peut à force de volonté étouffer les mots coprolaliques en serrant convulsivement les lèvres, pour qu'on ne puisse comprendre les paroles qu'elle prononce (Nom de Dieu). Mais dès qu'elles

se trouve seule, elle profère avec une abondance inacoutumée les paroles grossières qui font partie de son vocabulaire habituel.

Dans toute les observations de l'écholalie, coprolalie et d'échokinésie publiées jusqu'à présent on voit l'apparition des syndrômes, soit dès la jeunesse, soit après un coup, chute, etc. — Chaque fois que la tare héréditaire est tant soit peu chargée. La fatigue, l'énervement exagèrent chez les malades l'action des centres excités et la propulsion à l'écholalie, coprolalie et échokinésie devient plus impérieuse. Il suffit de parcourir les observations des auteurs pour voir que si les malades deviennent plus écholaliques que jamais sous l'influence congestive de l'axe cérébro-spinal, on voit au contraire les mêmes syndrômes disparaître ou s'affaiblir après les maladies aigües.

Ainsi les malades de Gilles de la Tourette voient momentanément s'améliorer leur état après des affections aigües.

L'analyse des syndrômes, écholalie, coprolalie et échokinésie démontre (1) qu'ils sont manifestement de nature impulsive et obsédante (2). Qu'ils se rencontrent le plus souvent chez les dégénérés dans la large acception du mot.

Observation I (*Résumé*) (1)

Ch. 24 ans, se présente en 1884 à la consultation externe de M. le professeur Charcot.

(1) Gilles de la Tourette in archives de Neurol. N. 25. 1888.

Depuis quelque temps le malade s'est aperçu qu'en écoutant un discours, il était poussé par le besoin irrésistible de répéter un mot, un bout de phrase, qui l'avait frappé davantage. Il lui fallait toute sa contention d'esprit pour ne pas rèpéter ce mot tout haut, toutefois il s'est aperçu a différentes reprises que plusieurs personnes qui l'environnaient avaient parfaitement entendu. Quand il était seul, il se laissait aller à satisfaire ce besoin de répétition. Toutes les facultés de l'intelligence était pour le moment absorbées chez lui par ce mot, cette phrase qui s'emparait de toute sa pensée.

Le mot entendu ou qui en lisant l'avait frappé, avait de la tendance à revenir sur ses lèvres, à être répété à intervalles variables. Le malade est atteint des tics involontaires des muscles de la tête et de la face.

Le malade peut se retenir et ne pas faire de mouvements pendant quelques temps; mais après les mouvements involontaires s'exagèrent, il répète le mot qu'il a eu en tête, il y a là une sorte de détente exagérée.

Nous plaçons cette observation en première ligne pour mieux dégager le caractère obsédant de l'écholalie. Bien que l'auteur n'insiste pas assez sur les antécédents du malade, nous croyons avoir affaire à un dégénéré supérieur. Avec un certain degré d'aboulie et d'oubli, le malade offre un état mental particulier; l'écholalie se présente avec les caractères: (1) Obsession et impulsion irréssistible, le malade est poussé malgré lui a répéter un mot, un bout de phrase qui l'avait frappé (2) conscience complète de son état, le malade l'analyse très bien (3) lutte; il faut au malade une contention d'esprit et un vif désir de respecter les convenances pour ne pas répéter un mot, mais le malade succombe: les personnes qui l'environnent l'entendent répéter (4) l'angoisse concomittante, la phrase des

autres s'emparent de toute sa pensée et (6) satisfaction, étant seul il se laisse aller a satisfaire ce besoin de répétition.

Observation II (1) (*Inédite*)

(*Leçon de M. le professeur Charcot du 23 octobre 1888. Le malade est atteint de tic convulsif; echolalie, coprolalie; état mental particulier.*)

Ed. Kreiser, 39 ans, employé, d'origine polonaise.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

D'ailleurs connaît peu sa famille paternelle (2).

Bonne constitution, taille 1m 70. A l'âge de 12 ans a été pris de légers mouvements convulsifs dans la face, contorsion de la bouche clignement d'yeux, etc.

Ces phénomènes qui sont longtemps restés stationnaires ont pourtant fini par s'exagérer vers l'âge de 26 ans.

A cette époque les tics ont revêtu la caractère suivant qu'ils présentent encore aujourd'hui.

Tout à coup le bras droit demi-fléchi s'élève rapidement comme dans un mouvement de défense de protection et vient frapper avec force la face produisant un bruit qu'on entend à distance. Ces mouvements rapides sont variables comme fréquence; tantôt ils se produisent toutes les deux ou trois minutes; tantôt le malade reste un ou plusieurs jours sans les avoir.

Sans quitter le bras droit complètement les tics ont envahi les membres inférieurs vers l'âge de 27 à 28 ans, tout-à-coup le malade sautait sur place lançant l'une ou l'autre jambe en avant.

(1) L'observation II appartient à M. Gilles de la Tourette qui nous l'a commiquée gracieusement.

(2) La mère avait été pendant sa grossesse employée chez un banquier qui avait des tics de la face.

Ces tics augment sous l'influence de l'émotion d'un brusque appel de même, le malade passe par des périodes de nevrosité où les tics sont très fréquents alors qu'ils disparaissant presque complètement dans d'autres.

La volonté peut les faire cesser complètement, mais lorsque Kreiser s'est ainsi retenu pendant quelques instants les mouvements nerveux reviennent avec plus de force, il se fait pour ainsi dire une décharge.

Vers l'âge de 27 à 28 ans, Kreiser s'est aperçu que involontairement il poussait un petit cri en même temps que le tic du bras se produisait.

Quelques temps après le cri est devenu articulé, il a revêtu la forme d'un mot grossier et souvent et involontairement le malade émet avec son tic le mot *m*... sans qu'il lui fut possible de se retenir.

Il a remarqué également qu'il avait une tendance marquée à répéter un mot qu'il entendait prononcer; venait-on l'appeler brusquement il répétait son nom à haute voix et toujours en même temps survenait son tic ou plus particulièrement le tic des jambes sous forme de saut.

Toujours à la même époque s'est développé chez lui un état mental particulier, s'il voit un couteau, un rasoir, il tressaille pensant qu'il pourrait s'en servir pour tuer quelqu'un, il a souvent envie de donner des coups de poing à des enfants dont la figure lui est peu sympathique; il n'oserait regarder dans la rue quand il est au 3e ou 4e étage.

Mettre une lettre à la poste est pour lui une affaire d'état, il est tout consterné lorsqu'après avoir retourné dix fois la lettre dans ses mains, il a fini par sceller l'enveloppe, il se présente devant plusieurs boites avant de se décider à l'y jeter, il a oublié l'important de ce qu'il voulait dire, l'adresse est mal mise et il reste à se lamenter devant la boîte où la lettre a disparue.

Il a des peurs sans motifs, retourne dix fois à la poste pour voir si elle est fermée, etc.

Le soir en se couchant sa femme lui attache le poignet au bord

du lit afin qu'il ne se frappe pas la tête avec le bras puis le détache lorsqu'il est endormi. Les mouvements disparaissent pendant le sommeil.

Le malade est venu consulter pour la première fois le 13 juillet, on lui a ordonné le bromure à dose progressive jusqu'à 6 grammes par jour en commençant par 4 gr.

Au bout d'un mois, il s'est produit une grande accalmie. Mais la malade a cessé pendant quelques jours de traitement et cela joint à un certain dégre d'émotion fait qu'aujourd'hui 14 octobre les tics sont très accentués, ils sont exclusivement dans le bras droit tels que nous les avons décrits.

L'observation directe montre qu'on peut provoquer ces tics en percutant avec le marteau de Skoda des tendrons rotiliens de même en frappant dans le dos si on fait déshabiller Kreiser, on voit qu'en dehors des tics décrits il existe des mouvements musculaires et fibliraires grossiers se produisant sous la peau du bras droit et du côte droit du tronc; contraction qui paraissent inaperçues quand il est habillé car elles ne sont pas assez puissantes pour exécuter un mouvement.

10 octobre. Le malade qui a repris du bromure est revenu amélioré il y a deux jours en sortant de la Salpétrière encore tout émotionné, il a sauté subitement et a envoyé un coup de pied dans le panier qu'une femme qui passait alors portait au bras, il s'est excusé et s'est attirée la réponse suivante : « je plains votre malheureuse femme ».

Observation III (*Personnelle*)

Hérédité chargée. Mère morte aliénée après l'accouchement. Stigmates psychiques et physiques de la dégénérescence mentale. Frayeurs à l'âge de 12 ans. Grande mobilité des idées, esprit léger; voyage en Amérique à la recherche des aventures. Tic involontaire des paupières. Langage interne parlé à haute voix. Echolalie. Egoecholalie. — Le malade éprouve un besoin irrésis-

tible à répéter ses propres paroles. — Coprolalie. Recherche angoissante des mots. Arithmomanie. (1)

M. Y., âgé de 26 ans est entré au mois de mars 1886 dans le service de Moutard-Martin à l'hôpital Tenon pour des accidents pulmonaires.

Vigoureux et très bien constitué M. Y., a une physionomie très expressive. Fort agile et svelte il porte quelques stigmates physiques de la dégénérescence. La face présente une légère asymétrie. Une chevelure luxurante imprime à sa figure un aspect sauvage. Palais en ogive. Luette allongée. La demi ogive gauche des piliers antérieurs est légèrement abaissée. Les reflexes du pharynx sont peu sensibles. Un semis de granulations recouvre la muqueuse très-pâle. La cloison du nez est fortement déviée à gauche, au spéculum on constate une angustie considérable. Oreilles détachées de la tête, bien ourlées, lobule sessile adhérent. Dentition irrégulière. A l'auscultation on constate les signes manifestes de la tuberculose pulmonaire. Depuis quelque temps l'état est aggravé. La recrudescence des symptômes morbides a forcé le malade d'entrer à l'hôpital.

Les doigts des pieds sont adhérents, palmés. Les antécédents héréditaires sont extrêmement chargés ;

Le malade fut élevé au biberon : sa mère est morte 25 jours après l'avoir mis au monde ; tante aliénée ; oncle par gén.

L'histoire de la vie de M Y., est intéressante à plus d'un titre.

Le tableau clinique d'un dégénéré intelligent se déroule avec un saisissant enchevêtrement des syndromes épisodiques.

L'automatisme des centres cérébro-spinaux est précoce, leur évolution progressive se relève par un ensemble de syndromes variables qui tour à tour sont les manifestations morbides des centres modullaires ou psychiques.

Depuis son enfance le malade aimait à laisser errer son imagi-

(1) Le malade qui fait partie de cette observation était pendant deux ans mon camarade au lycée (St-Paul a Odessa). Il y a trois ans je l'ai rencontré par hasard à Paris. Tuberculeux, je l'ai fait entrer à l'hôpital Tenon dans le service de M. Moutard-Martin, où j'étais à cette époque externe.

nation à l'aventure. D'une intelligence assez élevée, il avait un goût spécial pour la mythologie, aimait à se créer des châteaux en Espagne; rêvait aux étoiles et voyait la figure de sa mère dans la lune. A force de lire les œuvres d'Anderson, des contes des fées, M. Y., est parvenu à croire à leur existence réelle et âgé de 10 ans il invoque, à minuit, dans un vaste jardin, les fées implorant qu'elles lui montrent sa mère. Un peu plus âgé il a voulu vendre son âme au diable en échange du pouvoir de se transporter invisiblement où bon lui semblerait. Jusqu'à présent le malade tressaille au dernier coup de minuit et éprouve une sensation d'angoisse d'une courte durée. Il lui semble qu'avec le dernier coup d'horloge il entendra la voix de sa mère.

Gâté par son père, M, Y passait son temps à lire les voyages, s'enivrait des œuvres de Mein-Reyde, Aimard, Assolant etc.

C'est avec beaucoup de difficulté et poussé par un de ses parents, avocat distingué, qu'il parvenait à se tenir sur un niveau moyen au lycée.

Paresseux, mais doué d'une grande mémoire il se prenait quelquefois subitement à travailler, restait enfermé dans sa chambre des nuits entières étudiant fiévreusement et parvenait pendant un ou deux trimestres à se tenir à la tête de sa classe ; mais une fois satisfait de lui-même il s'abandonnait de nouveau à sa lecture favorite.

Philantrope jusqu'à l'exagération il donnait sa bourse au premier malheureux venu. Toujours émosif, ayant des larmes pour tout être souffrant, il a transformé un coin du jardin de ses parents en hôpital pour les chiens, chats et oiseaux malades.

Distrait, il oubliait souvent de mettre son chapeau. Un jour, c'était à Paris, il oublie sa bourse à la maison, rencontre un pauvre diable qui demande l'aumône et n'ayant pas d'argent sur lui, veut lui donner sa montre.

A l'âge de 12 ans, M. Y., en entrant le soir dans sa chambre voit un fantôme se jeter sur lui. Son cousin, couvert d'un drap blanc a voulu lui jouer un tour. M. Y. se vantait qu'il ne craignait ni Dieu, ni Diable.

Depuis cet incident, Y. éprouvait pendant huit mois de terreurs nocturnes ; chaque fois qu'il restait seul, il tremblait ; la nuit il n'osait faire deux pas sans lumière et réveillait par ses cris un domestique chaque fois qu'il avait besoin d'uriner.

C'est à peu près vers la même époque qu'on commença à s'apercevoir que le malade (puisque c'en est un) ne peut rester en place, fait des grimaces. Tout en ayant la bouche fermée il exécute pendant trois ou quatre secondes les mouvements de mastication. Avec l'âge le tic a affaibli, mais persiste jusqu'à présent.

A l'âge de 15 ans M. Y., quitte volontairement le lycée et se met à suivre les cours d'une école professionnelle « (Le travail). »

Ici il se signale par une série d'actes bizarres, étudie fiévreusement la mécanique et veut rechercher un moteur électrique pour guider les aérostats. Plus tard il cherche à transformer en mouvements la chaleur développée dans des rails par le passage des trains.

A 16 ans, il devient amoureux, subit un échec et quitte la Russie pour aller en Amériques *où les hommes comme lui deviennent puissants.* »

Presque sans ressources, voyageant à pied, travaillant comme un homme de peine, donnant tantôt des concerts dans les villages, le malade arrive épuisé à Hambourg en regrettant amèrement la maison paternelle. Il trouve bientôt l'occasion de retourner à Odessa, mais à la frontière russe, M. Y quitte brusquement son parent, qu'il a par hasard rencontré à Hambourg et retourne sur ses pas. En traversant le gué d'une rivière, il tombe dans l'eau, manque d'être noyé, se retire, mais découragé, maudissant sa mauvaise étoile, retourne à Odessa.

Depuis longtemps le malade s'est aperçu qu'il ne peut entendre parler une personne inconnue, sans qu'il éprouve un besoin irrésistible de répéter les mêmes paroles, après le dernier accident ce besoin est devenu plus impérieux, il éprouvait un besoin invincible de répéter au moins le dernier mot de la phrase entendue.

M. Y. attribuait cette écholalie à une ancienne habitude qu'il avait de copier les paroles et les gestes de ses maîtres. Peu à peu, l'obsession à l'écholalie prend une extension insolite.

Le malade doit se tenir constamment sur ses gardes et employer toute la force de sa volonté ponr ne pas répéter les paroles des clients qu'il voit dans le magasin de son père.

Malgré sa constante préoccupation, dirigée dans le même sens de ne pas répéter, plus il était tourmenté de la crainte de l'écholalie. Enfin le malade ne pouvait plus maîtriser l'obsession et la famille constata le phénomène morbide.

M. Y s'apercevait que le besoin de répéter les mots des autres le tourmentait surtout le soir ; après une journée de fatigue où après un travail assidu et prolongé.

Sous l'influence du repos, d'hydrothérapie et d'un traitement calmant. Y. a vu avec satisfaction la disparition graduelle, mais non définitive du syndrôme écholalique.

Mais Y, s'aperçut bientôt qu'en lisant il est obligé quelquefois de répéter deux ou trois fois le dernier ou les deux derniers mots d'une phrase lue. « Je ne pouvais pas penser, nous dit le malade, sans mâcher pour ainsi dire mes paroles, si courtes qu'elles fussent. Pour lire une lettre d'affaires, il fallait toute la contention de mon esprit pour ne pas la relire deux ou trois fois.

En entendant un discours j'étaispoussé, peut être par le diable, que j'ai si souvent invoqué dans mon enfance, à répéter chaque mot de l'orateur. »

Le malade se mità parler lentement, scandant pour ainsi dire chaque mot pour se débarrasser de cette « funeste » (sic) habitude de répéter ses paroles et celles des autres.

Le phénomène impulsif de l'écholalie le prenait, avec une plus grande violence, quand il entendait les hurlements des chiens, le gloussement des poules.

Il faisait des efforts inouïs de volonté pour se retenir, malgré l'angoisse inexprimable qui le prenait a chaque arrêt, mais il est parvenu à force de volonté, à modérer un peu l'écholalie. A présent il répète, quand on le prend à l'improviste.

Mais le malade, sans savoir pourquoi, ne peut pas s'empêcher de compter les objets qu'il voit. Un jour, il était poussé par un besoin irrésistible de compter combien de fois on trouve la lettre

a » dans les Illiades. Avant de prendre un train il doit voir le numéro de la machine. Moteur par excellence, il entend les paroles de ses anciens maîtres, les personnes avec lesquelles il avait des relations. Souvent il éprouve le besoin de se rappeler un discours quelconque. Un jour il est resté 24 heures sans nourriture en cherchant avec angoisse et malgré lui à se rappeler quelques mots de l'Emile sur l'éducation des enfants.

A l'âge de 20 ans, Y, gagne dans une loterie une petite somme. C'est à cette époque qu'éclatent les persécutions contre les israélites en Russie. M. Y adhère à un groupe d'émigrants et s'embarque, comme plusieurs pauvres persécutés du souffrant peuple juif pour l'Amérique, — à la recherche d'une patrie plus hospitalière et plus civilisée.

Dupe de sa bonne foi, inexpérimenté dans les affaires, Y perd bientôt sa petite fortune et morose, taciturne avec les idées de suicide, après avoir souffert la misère pendant deux ans en Amérique, revient en Europe.

Sur le bateau il fait connaissance d'une famille française et l'idée lui vient de venir à Paris.

Le désarroi profond d'une intelligence depuis longtemps compromise par l'hérédité vient bientôt se compliquer d'un autre syndrôme pathologique.

Les illusions sensorielles, — le malade voyait souvent le vague portrait de sa mère, — l'écholalie, se compliquent de coprolalie. Sans rime, ni raison, le malade éprouve un besoin invincible de proférer des mots les plus obscènes, les plus orduriers. Tantôt, la moindre émotion, une colère insignifiante, une opposition, et encore le plus souvent sans moindre cause il profère des jurons et répète d'une voix sèche et brève les mêmes expressions coprolaliques, toujours dans le même ordre syntaxique.

Lorsque peudant un accès il veut retenir un mot, prêt à échapper, il sent une faiblesse générale, une grande fatigue de la vue, des vertiges. Une fois les mots lachés tout rentre dans l'ordre et l'angoisse est remplacée par le calme temporaire.

Ces mots. Y les prononçait d'abord en russe, mais à mesure

que la langue française lui est devenue plus familière, il a commencé à éprouver le besoin de dire le mot « p... » qu'il a entendu prononcer un jour. Nous l'avons rencontré par hasard à peu près à cette époque de son état : Devenus voisins pendant plus d'un an nous avons pu étudier ce caractère pathologique d'un dégénéré supérieur.

A côté de ces troubles, syndromiques transitoires, le malade portait en lui les germes de la tuberculose pulmonaire. Les craquements, un souffle bronchique, l'amaigrissement, les sueurs abondantes et une matité sus et sous épineuse du côté gauche présentait autant d'éléments d'un pronostic fâcheux.

Il s'agit donc d'un héréditaire dégénéré qui fut pris à l'âge de douze ans de mouvements involontaires.

Les troubles médullaires se traduisent chez Y. par une tendance à marcher devant lui sans but, par quelques contraction spasmodiques dans les muscles ; bientôt la protubérance se prend à son tour et le malade fait entendre des cris bizarres, des mots qui n'avaient aucun sens, sans aucun délire apparent dans le sens restreints du mot; les centres corticaux postérieurs se prennent à leur tour et Y. interrompt sa conversation, qui l'intéresse le plus vivement par les mots orduriers sans pouvoir s'en empêcher. Plus ils apparaissent révoltants par leur grossièreté plus M. Y., est tourmenté par la crainte de les proférer et cette préoccupation, précisément les met au bout de sa langue. Conscient de son état, le malade lutte (centres corticaux antérieurs) bientôt l'évolution d'une maladie grave vient mettre fin à cette existense malheureuse et tourmentée produit morbide d'une hérédité convergeante.

Les recherches cliniques permettent de constater parmi

les antécédents des écholatiques observés par les auteurs francais, soit l'aliénation, soit des névroses comme l'hystérie et l'épilepsie. A côté d'un ascendant excentrique et l'autre débile se place le coprolalique ou le jumping dont les parents sont déséquilibrés.

Chez les latha, jumping la transmission similaire des syndrômes sans transformation, peuvent s'expliquer par une vie fermée, mariage consanguin, origine commune, etc.

M. Charcot a attiré l'attention sur la coexistence chez des « echotomates » de toute une série de phénomènes psychiqnes *syndrômes épisodiques des dégénérés* de Magnan, comme le délire du toucher, arithomanie etc. Dans l'observation IX de Gilles de la Tourette, les malades de Guinon (obs. IV) ont peur de tout, notre malade (obs. III) a également des terreurs nocturnes.

L'analyse rapide de ces observations des auteurs français nous montreque l'écholalie, la coprolalie et l'échokinésie se manifestent chez les dégénérés avec le caractère d'impulsion subite, suivie immédiatement d'exécution. Souvent chez le même malade l'accès d'impulsion peut coexister avec l'aboulie, syndrome caractérisé par un état particulier. Les malades abouliques, dit Guislain (1) peuvent éprouver le désir de faire, mais ils sont impuissants de le faire » Esquirol (2), Benette (3), Billod (4) ont très bien décrit cet état.

(1) Guislain. Lecons orales sur les phréropathies. T. I.
(2) Esquirol. T. I.
(3) Bennet. Mental physiology.
(4) Ann. med. psych.

La doctrine actuelle de la dégénérescence admet un rapport indéniable entre les bizarreries de caractère et les modifications vagues de l'intelligence. Bizarrerie est synonyme d'un désordre intellectuel, d'une activité automatique et morbide des différents centres psychiques et médullaires.

Cette activité automatique se traduit quelquefois chez les dégénérés par une tendance à l'égoécholalie et à l'égoéchokinésie qui existent à côté des trois syndrômes étudiés, Un malade de Guinon quand il se regarde dans un miroir, ce qu'il évite le plus possible, cherche à ne pas grimacer, mais s'il lui arrive de le faire, alors le malade répète *ses propres grimaces* et s'éloigne vivement du miroir (1). Le malade de Fère (2) est le notre (observation III) éprouvent un besoin irrésistible à répéter leurs propres paroles.

L'écholalie, la coprolalie et l'échokinésie peuvent donc être accompagnées d'autres syndromes qui revêtent le même caractère d'impulsion et d'obsesion.

Dans l'entourage des syndromiques on s'imagine à tort qu'ils n'auraient qu'à vouloir pour triompher des tendances irrésistibles à l'écholalie etc. Nous avons vu des dégénérés supérieurs lutter énergiquement contre leur état impulsif, mais leur volonté est très souvent impuissante à réaliser la renonciation intentionnelle. Cependant quelquefois l'effet du principe morbigène qu'apporte en naissant le dégénéré s'affaiblit avec l'âge comme nous le voyons dans l'observation suivante :

(1) Guinon. loc. cit. obs. IV,
(2) *Gilles de la Tourette* loc. cit.

Observation IV (*Résumé*)

(*Tic convulsif, cri inarticulé, coprolalie*)

M. Duplouy (1), rapporte l'histoire d'un officier de marine des plus distingué. Le malade était atteint d'un tic convulsif caractérisé par la propulsion brusque et involontaire du membre supérieur avec convulsion des muscles du pharynx et cris gutturaux tout à fait semblables à l'aboiement. Ces phénomènes se produisaient surtout, quand l'officier approchait un de ses Supérieurs, qui souvent recevait un soufflet en méme temps que les mots inconvenants s'échappaient de la bouche de son subordonné. L'hydrothérapie avait complètement échoué contre ce tic convulsif, toujours très ènergique, *Ce malade n'a pu en triompher qu'à la longue.* M. Duplouy estime que la guérison de l'officier dont il vient de parler est surtout due aux progrès de l'âge. Très prononcée dans l'adolescence, la maladie, qu'il rattachait volontiers alors à l'une de ces manifestations si bizarres de l'hystérie, parfois observée chez l'homme, *s'est amendée à mesure que le sujet se rapprochait de la période moyenne de la vie; elle a pris à peu près fin dès qu'il l'eût dépassée.*

Quelques dégénérés sont impulsifs toute leur vie « le sauteur reste sauteur, dit Beard. » Chez d'autres, l'impulsion se traduit par une tendance à dire des saletés. Nous trouvons chez Seguin (2) l'observation d'une malade qui, âgée de 20 ans et présente tous les signes de la dégénérescence mentale, traite sans aucune provocation les

(1) H, Petit. *Union med.* N. 19. 1887.
(2) Loc. cit.

filles de service « de saloppes », répète souvent le mot « bête, cochonne » Nous n'insistons pas sur la coprolalie chez les aphasiques.

Les malades semblent ne pas comprendre les injnres qu'ils profèrent, comme Mme B... (observation de Trousseau) qui disait à ses visiteurs : « cochon, animal, fichu-bête » La malade de Franc dit : « jaka dourna (que vous êtes bête) au lieu jaka dobra (comme vous êtes bonne) La coprolalie dans la folie puerpérale se manifeste sur un terrain de dégénérescence et nous avons vu plusieurs fois des femmes de mœurs austères proférer pendant la période puerpérale des mots des plus vulgaires,

Dans la thèse inaugurale de notre compatriote (1) nous trouvons quelques considérations sur la coprolalie des femmes pendant la période puerpérale.

C'est encore chez les dégénérés que nous trouvons un langage « poivré » de différentes exclamations. Kussmaul cite l'observation d'un général allemand qui disait: « ce misérable, maman, s'est imaginé, que les autres, mamans, lui tireraient les marrons du feu, maman ». Chez les dégénérés certains mots peuvent devenir involontaires. Franc (2) cite un de ses élèves qui remplissaient ses phrases par « hedera et federa ». Voici comment étaient rédigées ses observations :

« Le patient a bien dormi, hedera, deux selles, federa, pris médecine — hedera — etc. Dans l'observation V de Guinon il s'agit d'un dégénéré qui est obsédé par le mot « Marie ». Cette exclamation spasmodique est le seul in-

(1) Zenaide de Gorsky. La folie puerpérale Th. de Paris 1888.
(2) Preceptes T. II V, 2. sect. 1. chap. 2.

dice de la dégénérescence, pourtant le malade compte l'aliénation mentale chez ses collatéraux. Un de nos malades est obsédé par une exclamation spasmodique ordurière.

Observation VI (*personnelle*)

Exclamation spasmodique coprolalique. Hérédité morbide, dégénéré supérieur ; perversion sexuelle ; Tics involontaires de la faee.

M.M. Commerçant à Od. (Russie) est âgé de 30 ans. Son père est connu dans son quartier sous le sobriquet. « Ch. le fou » Mère chétive, malade et très nerveuse ; deux frères sont morts de convulsions à bas âge. Un cousin germain paternel est un dégénéré supérieur. Quant à notre malade il a une jeunesse fougueuse. Esprit éxalté, il a renoncé à sa religion pour en embrasser une autre uniquement pour se venger de sa famille qu'il déteste et voudrait voir au diable. M. M. aime à se faire passer pour un philosophe. Doué d'une grande intelligence il a étudié les œuvres des philosophes contemporains et anciens. Il sait par cœur plusieurs morceaux des auteurs modernes russes et étrangers. Parle couramment trois langues étrangères. M. M... déteste les femmes et prétend qu'on trouve dans l'onanisme les meilleures jouissances ; parle de transformer le monde par une éducation spartiate où la femme occupe dans la société le rôle de « femelle » appartenant à la société et existant uniquement pour faire des enfants.

La partie la plus intéressante de son observation est pour nous une exclamation spasmodique coprolalique et un tic convulsif de la tête. Le malade ne peut pas rester plus de 10 ou 15 minutes tranquille et sans exécuter convulsivement 5 ou 6 mouvements d'extension et de flection alternative de la tête. Ces mouvements invo-

ontaires l'obligent de porter successivement la tête à gauche et en arrière. En appliquant un doigt sur le sterno-mastoïdien gauche on perçoit nettement une contraction brusque de muscle; concurramment avec l'extention brusque de la lête, le malade prononce rapidement en patois les deux mots sous lesquels on désigne dans cette langue les organes génitaux de l'homme et de la femme.

Il répète l'exclamation deux fois de suite, fait après quelques grimaces, ouvre et ferme alternativement la bouche, les yeux.

M. M. souffre beaucoup de son état. Pendant quelque temps nous l'avions vu se serrer avec une espèce de fronde la machoire inférieure. Les exclamations n'étaient plus « lâchées », mais le tic persistait. M... souffrait, se plaignait d'une lassitude extrême et dès qu'il a enlevé la bande, la sensation désagréable a disparu, mais l'exclamation spasmodique persiste. M.M, nous a demandé si une ténotomie du muscle sterno-mastoïdien gauche ne le débarrasserait pas du tic. Etant donné l'état mental du sujet, l'exclamation spasmodique, nous nous sommes prononcé pour un traitement arsénico-bromuré et hydro-thérapique tout en exigeant l'abandon des funestes habitudes d'onanisme.

A côté des dégénérés supérieurs qui luttent contre leurs obsessions existe toute une classe de dégénérés inférieurs qui sont écholaliques, coprolaliques et echokinésiques par imitation, sans obsession, sans lutte, en un mot sans qu'on puisse constater le déroulement des lois cliniques d'une obsession pathologique.

L'imitation par impulsion est jointe à un appareil symptomatologique indiscutable de la dégénérescence mentale.

L'imitation, dit Morel, (1) peut exercer une influence funeste sur la détermination d'actes similaires chez les individus qu'il nous est impossible de ne pas regarder com-

(1) Traité des dégénérescences, 1857. Traité des maladies mentales, 1860.

me prédisposés aux affections nerveuses. D'ailleurs l'imitation poussée à l'accès fait partie intégrante du caractère des dégénérés.

Dans un intéressant mémoire de Jolly (1), nous trouvons de belles pages sur l'imitation. Séguin se ralie aux opinions de Jolly en disant qu'on voit des idiots et des imbéciles chez lesquels l'aptitude à l'imitation est très développée. « Certains idiots, dit Séguin (2) empruntent leurs mouvements, en particulier ceux de la face, et plus encore ceux des lèvres, comme aussi leur voix, à certains animaux.

La cellule cérébrale possède un automatisme par lequel elle régit suo-modo. Chez l'homme bien équilibré, il existe un rapport normal entre l'action des cellules contingentes. Qu'un trouble pathologique détruise l'harmonie d'ensemble et il en résule des rapports anormaux et chaque cellule cérébrale peut entrer par simple imitation en éréthisme, alors les fonctions psycho-motrices sont entravées dans leur ensemble, les malades perdent le pouvoir d'arrêt, la conscience de leur état et les différents centres cerebro-spinaux réagissent isolément.

Dans l'observation suivante nous verrons l'écholalie, l'échokinésie et la coprolalie se manifester chez les imbéciles par simple imitation impulsive.

(1) V. Jolly. De l'imitation considérée dans ses rapports avec la philosophie, la morale et la médecine. Mem. de l'acad. royale de Med.
Paris 1846 t. XII page 581.

(2) Séguin Loc. cit. p. 363.

Observation VI (*Personnelle*)

(*Dégénéré inférieur. Echolalie, échokinésie par imitation.*)

M. O âgé de 7 ans est entré le 29 janvier 1887 à l'asile de Vaucluse (service de M. Legrain).

Etat actuel (1er février 1888). Il s'agit d'un microcéphale. Sa tête petite et arrondie est symétrique. La face plate et large est toujours souriante. Les yeux sont grands, les oreilles fortement déjetées en arrière sont presque appliquées sur les apophyses mastoidiennes. Ces dernières sont à peine proéminentes. Les lobules sont petits et adhérents, la conque normale et l'ourlet dur et cartilagineux se prolonge sur tout le pourtour du pavillon. Les stygmates physiques sont plus caractéristiques lorsqu'on examine la cavité buccale.

L'os intermaxillaire se détache nettement avec ses deux incisives supérieures, de sorte que les autres dents, mal formées, crénelées, petites et extrêmement irrégulières sont situées sur des plans différents de sorte que l'arcade dentaire supérieure forme une ligne brisée des plus caractéristiques. La même malformation dentaire se trouve sur la machoire inférieure, la voute palatine, gothique et arquée est profonde,

D'habitude le malade tient la tête un peu inclinée à gauche. Le testicule gauche manque dans les bourses, l'autre est d'une grosseur d'un pois. A l'auscultation les poumons et le cœur sont normaux. Le corps est couvert des noevus. Poids 19 kilos. Taille 84 centimètres. Les facultés intellectuelles sont très faibles. Comme chez tous les imbéciles il est difficile de fixer son attention. Extrêmement mobile, turbulent par moment, craintif, conscience imcomplète dans son état, a quelquefois des impulsions à frapper, mais encore à un degré supérieur l'impulsion d'imiter.

Il n'a pas de mouvements mécaniques propres, mais il imite les

mouvements des autres malades de l'infirmerie. Tour à tour nous l'avons vu se balancer d'avant en arrière, latéralement, sauter, exécuter des différentes grimaces; resté pendant des heures entières dans l'immobilité complète suivant qu'il copie l'un ou l'autre de ses voisins. Avec le consentement de notre chef de service, M. Legrain, nous l'avons mis à côté des différents malades. Pendant quelque temps, O. étudie pour ainsi dire son sujet, reste en face, l'examine, puis subitement il reproduit les mêmes gestes, les mêmes tics. Voisin de deux echolaliques O. est écholalique quand ça lui plait et tantôt répète la question, les mots qu'il a entendu prononcer. Il suffit de faire un geste, pour le lui voir exécuter immédiatement. D'une mémoire générale bornée et d'une instruction nulle nous l'avons vu plusieurs fois prendre un journal, s'asseoir dans un fauteuil et imiter l'infirmier qui lit son journal. Il possède très peu l'instinct de la conservation, un jour O. se mit à imiter les gestes d'un malade turbulent. Ce dernier se jette sur lui, mais O reste en place quelques minutes, après il recommence à imiter les mêmes gestes.

O. cherche volontairement la compagnie des autres malades, joue avec eux, quelques jours après il imite leurs mouvements, prend la même attitude, reproduit exactement leur voix et avec la même intonation.

Observation VII (*Personnelle*)

(*Herédité morbide. Débilité mentale. Hysteroépilepsie. Onanisme. Idées érotiques. Copro-acoustie et coprolalie impulsive par suggestion*; *hallucinations de l'ouïe.*

Il s'agit d'une malade âgée de 21 ans entrée le 9 août 1886 à l'asile de Vaucluse (service de M. le Dr Brusque) Mlle R. M. est une dégénérée débile à tare héréditaire avec crises hystero-épileptiques. Sans discernement elle se livrait au premier venu. Travaillant dans la buanderie de l'Asile, elle a cherché à débaucher

les hommes malades qui rapportaient le linge. Incapable de se diriger elle fut placée à l'Admission par son frère. R. M. a une instruction nulle, à peine sait-elle déchiffrer quelques mots, mais ne sait pas écrire. Craintive, elle regarde toujours son interlocuteur de bas en haut, en baissant les yeux. Onanisme effréné. Son état mental est caractérisé par un mélange confus des idées hypochondriques, érotiques avec impulsions coprolaliques. Ces dernières sont dues à l'interprétation imaginaires des hallucinations de l'ouïe. Peu équilibrée, elle associe mal ses idées à cause de ses conceptions bornées. Depuis trois ans « les voix la tourmentent en la forçant d'employer constamment des mots grossiers, malhonnêtes. R. M. a à sa disposition un vocabulaire d'expressions triviales les plus obscènes. C'est les voix qui lui dictent toutes ces paroles. Les personnes qui les prononcent existent réellement, mais elle ne les voit pas, leur voix lui passe subitement par la tête de droite à gauche et de gauche à droite. Il y a des voix d'hommes et de femmes. Les hommes la forcent de répéter les mots qui sont plus dégoûtants que ceux prononcées par les femmes. Ce n'est pas elle qui invente m... « vaches » p..., canaille etc. etc. C'est les hommes qui sont de l'autre côté dans la division. Ces mots lui arrivent par l'électricité. Si elle ne les répète pas, on lui dit des injures, on la traite de saloppe. Absolument indifférente au bon traitement des filles de service de son quartier, R. M. prétend qu'on lui désigne tantôt une, tantôt l'autre qu'elle doit « arranger. » Elle n'est pas assez forte pour se retenir, mais elle le voudrait; « je ne suis pas méchante » Il y a des jours que ces voix la laissent tranquille, mais en revanche il lui arrive quelquefois de les entendre de tous côtés. Les menaces pleuvent les mots orduriers et obscènes s'échappent avec une très grande volubilité de sa bouche. Cet état dure 15-20 minutes et la malade recommence plusieurs fois la même série d'expressions. Une légère contrariété l'agace et on lui dit de suite de se venger. Tantôt cela lui fait plaisir prononcer les mots c..., mais alors elle le répète tout bas dans son estomac sans ouvrir la bouche. Elle a la conviction que les souffleurs lui en veulent.

Elle reconnait parfois la voix de son ancien amant. Jusqu'à présent on n'a pas encore répété ses paroles, au moins, elle ne les a pas entendues.

Lorsque R. M. s'abandonne au cours de ses réflexions et surtout lorsqu'elle est seule les idées se présentent dans son esprit sous forme d'images ordurières verbales. « Quand je suis dans la salle, les voix me laissent tranquille », dit-elle. Mais dès qu'elle est émotionnée, fâchée, quand elle reste *seule* à travailler, les mots obscènes et orduriers s'éveillent comme autant d'images *verbales auditives antérieures* et comme c'est une franche dégénérée à troubles physiques multiples, elle les profère sous l'influence d'impulsion. Que dans la retraite et le silence le plus absolu, un homme entre en médiation sur les sujets les plus dégagés de la matière *il entendra toujours au fond de sa poitrine une voix secrète qui* nommera les objets à mesure qu'ils passeront en revue (1).

Pour un cerveau déséquilibré, malade « le silence absolu » n'est pas nécessaire. L'halluciné est détaché pour ainsi dire du monde extérieur absorbé dans son délire et R. M. entend en effet les mots coprolaliques, mais au lieu d'arriver par électricité, ils ne sont que l'expression de sa voix intérieure extériorisée.

Cependant elle répète tout bas dans son estomac le mot c... probablement parce que l'image obsédante de cette dernière expression est plus faible que les autres. La malade éprouve même un certain plaisir à le proférer. L'hallucination inconsciente de l'ouïe se traduisant par des repré-

(1) N. Guneau de Mussy. Contribution à l'étude pathologique de l'emblyopie ophasi que en Recueil d'ophtamolagie cit. par Ballet.

sentations verbales auditives obsédantes coprolalique ou non n'est pas rare. Ainsi M. Taïn (1) rapporte l'observation d'un de ses amis qui passant un jour devant le Vaudeville a lu sur l'affiche : « La polka sera dansée par M...» Voilà une phrase, dit Ballet (2) qui s'accroche à lui par *une répétition automatique*. Au bout de quelque temps ce n'est plus une simple phrase mentale, mais une phrase composée de son articulé, munie d'un timbre en apparence extérieur. Cela dura plusieurs semaines et il commençait à s'inquiéter, quand tout à coup l'obsession disparut. Chez notre malade les mêmes phénomènes se produisent, mais en raison de son état mental le tableau clinique change. La fausse interprétation d'hallucination et un certain degré de motricité comme représentation verbale la fait dire, que les personnes qui lui dictent les mots coprolaliques existent réellement.

L'obsession n'est pas accompagnée chez notre malade de conscience de son état, la lutte est très faible, enfin l'angoisse concomitante et la satisfaction sont peu prononcées. En décomposant les différents modes de ces hallucinations nous pouvons construire le schéma suivant :

L'image verbale auditive d'une expression ordurière vient surgir par impulsion dans l'esprit de R. M. La malade la localise dehors. Le centre auditif surexcité agit sur la parole articulée et R. profère le mot coprolalique.

L'influence du centre auditif sur le centre de la parole articulée est très bien mise en évidence dans une obser-

(1) De l'in'elligeuce. T. 1.
(2) G. Ballet. Le langage intérieur. Ac. Th. de Paris 1886.

tion de M. Charcot, cité par Ballet. » (1) Un des premiers jours du mois d'août 1855 écrit M. Charcot, j'ai été consulté par un monsieur de 45 ans, habitant l'Egypte, qui me fait la déclaration suivante :

Depuis 12 ans, je suis tourmenté par des voix dont les unes sont extérieures, les autres intérieures. Les extérieures se rapportent par leur timbre à des personnes étrangères dont on pourrait dire les noms. Elles parlent toutes les langues que parle M. X... Les intérieures sont plus mystérieuses parlent également toutes les langues, ont moins de timbre ne peuvent pas être rapportées à des personnes connues ; cependant elles sont très nettement distinctes de la personne de M. X... Elles raisonnent parfaitement, *disent des injures,* contredisent et dans certains moments où la discussion entre la voix intérieure et M. X... est très animée, la langue de M. X... se meut malgré lui au moment où parle la voix intérieure. Chez la malade dont nous avons cité l'observation, on constate les mêmes phénomènes. M. X... tout en ayant des mouvements involontaires de la langue ne semble pas avoir parlé à haute voix; dans notre observation la malade éprouve les mêmes symptômes mais elle exprime ses images verbales coprolaliques par la parole. Le tableau clinique d'impulsion est plus complet dans l'observation suivante.

(1) loc. cit.

Observation VIII (*personnelle*)

Bl... J... âgée de 59 ans, couturière, mariée, est à l'asile de Vaucluse, service de M. Brusque, depuis le 11 avril 1884.

(Antécédents héréditaires (?) Délire de persécution, hallucination de l'ouïe et de la vue. Exaltalion cérébrale. Pensées imposées par des inconnus. Obsessions simples d'abord, impulsion avec angoisse et satisfaction. Mots coprolaliques par suggestion Echolalie, coprolalie. La langue se meut malgré elle dans sa bouche).

A ce qu'elle prétend, madame B, a eu des convulsions dans l'enfance, plus tard elle a éprouvé beaucoup de difficultés dans sa jeunesse. Mais peu nous importe ses antécédents, la nature de son délire, les troubles somatiques tant organiques que psychiques font ressortir un type clinique manifeste d'une hérédité morbide. Au moment de son entrée, madame B, a présenté à peu près les mêmes symptômes que nous lui trouvons à présent (5 avril 1887), elle est atteinte de délire de persécution avec hallucination de l'ouïe et de la vue. Un sieur B, veut sa mort, la taquine et la poursuit. La nuit, c'est le médecin qui lui envoie par télégraphe l'électricité.

Elle voit, surtout vers le soir des « individus » qui lui disent de se faire mourir.

Madame B., comprend ce qu'on ne lui dit pas. D'une intelligence faible, instruction rudimentaire, bornée, — son délire est niais, dénué de cohérence, mais les idées de persécution prédominent. La marche clinique est intermittente. L'exaltation cérébrale, colère, emportements alternent avec des idées noires, dépression mélancolique. B, n'aurait jamais fait d'excès de boisson, elle n'a pas de cauchemars et de terreurs nocturnes, mais elle se plaint que la nuit on l'électrise, à plusieurs reprises on lui dit « tue-toi ».

Depuis quelque temps, la malade profère des mots obscènes, vulgaires. Nous l'avons vue pendant des heures entières dire sans s'adresser à personne, sans soupçonner notre présence les mots les plus orduriers (coprolaliques) — « vache, m..., sale garce, fumier » etc. le tout prononcé d'une voix rauque, accompagnée des gestes orduriers, levant ses jupes. Elle menace le ciel, crispe les poignets ? » Au jour d'acalmie nous la pressons de questions ». Voyons, madame B, vous qui êtes une femme âgée et raisonnable, comment prononcez-vous de telles paroles ? Ce sont les voix qui les lui ordonnent, elle ne peut rien. Quand cela la prend, son gosier est en feu et les mots partent malgré sa volonte. Oh, non, non, jamais elle n'a employé ces expressions.

Des personnes méchantes lui tirent sa langue par des fils invisibles. Elle pense toujours le bien, mais c'est un souffle infernal, au moment où les pensées sont toutes autres qui lui passe par la tête. Elle perd sa langue qui se meut dans sa bouche malgré sa volonté. Elle se trouve brouillée et les mots s'échappent, troublent sa conversation et lui serrent l'estomac. Si les voix ne lui arrivaient pas, elle pourrait bien se retenir, mais elle n'a pas assez de force pour résister à ces injonctions. On ne lui a rien commandé à St-Anne, mais à Vaucluse ont peut parler à travers les murs et les voix des hommes, des femmes, des enfants rient d'elle, en la forçant de répéter après eux des expressions honteuses pour une femme de son caractère et de son âge. Non-seulement on la force de dire à haute voix ces mots, mais encore on les répète partout dès qu'elle les a prononcés. Chaque mot est dit tout de suite par des inconnus dans tous les quartiers de Vaucluse. B. l'entend très-bien, souvent on se moque d'elle en lui donnant l'échange ainsi, « ce sale monde » arrive â contrefaire leur voix, mais on ne la trompe pas ; c'est toujours le même commandement, qu'on passe par correspondance invisible et secrète. Quand B. est seule on la force à dire plusieurs fois les mêmes grossièretés, mais quand elle parle « comme à présent » elle n'attend rien, on la laisse tranquille. Dès que les mots sont lâchés, elle attend très-bien Pauline (?) répéter sans soupir « m..., c..., v..., fumier.

La malade profère ses exclamations coprolaliques à haute voix chaque fois que les mots entendus sont prononcés derrière les murs loin d'elle, quand Bonnu (?) les lui souffle à l'oreille doucement B. les prononce à voix basse. Dès que les mots sont « lâchés » B. se sent soulagée et on cesse pour un moment de la torturer. Pour tromper ces gens dont elle est la dupe elle contrarie sa voix, sa démarche. Les voix cessent de se faire entendre pour un moment, mais cela ne dure pas longtemps et dès que les « gars et les garces » la reconnaissent ça recommence de plus belle et les mots partent de l'estomac, on lui tiraille la langue encore une fois.

En 1888, nous avons revu la malade. Elle reste toujours dans le même état mental; les accès d'excitation sont plus éloignés. elle est plus calme, ne crache plus à la figure des infirmières, mais en revanche le vocabulaire coprolalique de B. est plus riche.

C'est le mot « maquerau » qu'on répète sous les combles et dans le jardin, mais, a présent, chaque fille de service lui ordonne et la pousse à inventer de nouveaux mots dégoûtants. Elle y est habituée, mais n'importe, quoiqu'elle parle comme la dernière des femmes, elle trompe ces gens toute en exécutant leur ordre, elle n'attache aucune importance au mot « p... » C'est un son, un rien.

Depuis quelque temps on lui suggère une nouvelle grossièreté, mais cela, oh, non, non, jamais elle ne les dirait pas, bien qu'on la tourmente beaucoup. C'est trop dégoûtant pour une vieille femme, pour les cocottes passe encore. Parfois elle est pourtant bien obligée de dire ces nouveaux mots, elle les prononce tout bas en sifflant, mais on ne la laisse pas tranquille pendant la nuit, on veut qu'elle dise le mot (?) cru, on ne veut pas qu'elle « siffle. »

Ce que nous frappe chez B..., c'est (1) l'interprétation imaginaire de ces obsessions et 2) leur caractère clinique impulsif. B... a pleine conscience de son délire coprolalique, soit que ses expressious sont dégoûtantes, dégra-

dent une « femme vieille, comme elle », elle en rougit, mais c'est plus fort. L'obsession classique revêt ici une autre forme. La malade entend d'abord le mot, puis elle le répéte, après, on le répéte.

B..., serait donc à la fois écholalique et coprolalique. Avant et après l'acte d'obsession, l'organe de l'ouïe est dans un érétisme continuel, dès que le mot « p... » est proféré. B... se sent soulagée, c'est alors les personnes du quartier répétent tous à leur tour le même mot. La décharge d'obsession n'a pas chez notre malade les caractères d'instantanéité médiate classique. Sous l'influence d'une cause inconnue les images motrices articulaires de certains mots se réveillent dans l'écorce cérébrale, agissent sur le centre d'audition, la malade les entend et les localise dehors comme un opéré localise sa douleur au niveau d'une extrêmité amputée.

L'excitation ne s'arrête pas là et l'image auditive se transforme en image verbale, mais le centre auditif ne se trouve pas encore déchargé et comme dernière étincelle la malade entend encore une fois ses propres paroles, mais bien loin d'elle, faiblement. Les étapes d'obsession sont bien caractérisques. B... lutte contre ses impressions coprolaliques, elle contrefait la voix, mais on lui tire la langue, elle se meut malgré elle, la lutte devient impossible pour cette volonté et cette intelligence déchues et B..., après avoir éprouvé « les resserrements d'estomac » une angoisse inexplicable succombe sous les obsessions coprolaliques.

B... attribue ses obsessions à l'air du quartier « je pourrais me retenir, si j'étais dans un autre quartier.

Nous avons vu que depuis quelque temps l'obsession se présente chez notre malade sous une autre forme. B... répète *seulement* mentalement les mots suggerés par des voix inconnues.

Enfin depuis quelque temps, B... entend qu'on répéte tout ce qu'elle dit, non seulement *ses paroles*, mais les filles de service se font un malin plaisir de répéter pour l'agacer ses pensées sur le sujet de sa vie antérieure et actuelle.

Observation IX (*personnelle*)

(*Aliénation mentale. Délire des persécutions. Idées de grandeur. Incoordination motrice. Tic involontaire et cri spasmodique. Echolalie et coprolalie par intervalles. Echokinésie*).

A... né le 31 mai 1831, à Paris, fille légitime, journalière, eutre à l'asile de Ste-Anne, le 9 mai 1878, avec le diagnostic : « affai-« blissement intellectuel avec excitation, mouvements désordon-« nés, cris et injures par intervalles ». La malade est placée à différentes reprises, trois fois à Villejuif. Dans son dossier, nous trouvons des différents diagnostics qu'on peut résumer ainsi : accès multiples d'excitation maniaque, hallucinations de l'ouïe et de la vue, désordre dans les actes, cris, chants, injures, propos incohérents, violences. »

Nous avons eu l'occasion d'examiner la malade de 1887, lors de notre internat dans le service de M. Brusque à l'asile de Vaucluse. Les antécédents héréditaires de la malade nous sont presque inconnus. Un aïeul et un oncle maternel sont morts aliénés. Son grand père paternel, dit-elle, avait un caractère emporté et violent. Les renseignements de sa vie antérieure nous sont fournis par la malade elle-même pendant une période d'accalmie.

Antécédents personnels.

La malade nous dit qu'elle fut placée la première fois à Ste-Anne, parce que le sang lui est monté dans le cerveau. Depuis son enfance, elle souffre des céphalalgies jusqu'au point de voir quelques fois trouble. Elle éprouvait des étourdissements, souvent les objets, la table, le lit, tournaient dans sa chambre autour d'elle. Réglée à 14 ans 1/2, elle fait connaissance d'une amie qui l'apprend à s'onaniser et la malade s'adonne à ces plaisirs. Souvent même, elle cherchait des amies pour exercer les attouchements réciproques. « Elle était portée pour les femmes » nous dit elle. Mal réglée, constipée, la malade aurait toujours eu à souffrir de son estomac. A l'âge de 18 ans, elle fait connaissance d'un homme qui exerce sur elle l'onanisme buccal. Tout en avouant la perversion sexuelle et la sodomie passive, elle nie catégoriquement d'avoir commis des excès de boissons ; mais, en l'interrogeant quelques jours après, elle nous dit avoir fait un usage journalier de vulnéraire, seulement depuis qu'elle a éprouvé beaucoup de chagrins. Elle ne se rappelle pas avoir fait une maladie grave si ce n'est qu'une fièvre typhoïde légère à l'âge de 17 ans. La malade a reçu une instruction assez élevée, sait très bien écrire, s'exprime même quelquefois avec recherche.

Nous n'avons pas pu, malgré notre insistance, recueillir aucun autre renseignement sur sa vie antérieure.

Etat actuel 12 janvier 1887. La malade est très agitée. Elle cherche à s'élancer sur M. Brusque pendant la visite du matin crie, vocifère, traite tout le monde de v... p.... C'est un accès maniaque caractérisé par les idées de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle me prend pour « M. le bourreau », vocifère, saute, lève ses jupes. Les mots les plus orduriers, les expressions vulgaires, obscènes, sortent de sa bouche. Elle urine dans ses mains et en arrose les malades. La nuit, elle ne cesse de crier. On la met en cellule. Injections de morphine tous les soirs, bains de 2 heures tous les matins.

Pendant la période d'excitation, la malade répète tous les cris proférés par les autres malades. Nous lui disons : « M. A... Cal-

mez-vous. Elle vous répond M. A calmez-vous ». V... p... salope m... fumier.

Peu à peu le délire furieux et l'agitation se calment, nous pouvons approcher la malade et l'examiner à notre aise.

20 mars 1887. La malade garde une attitude triste, morose, parle à voix basse et répéte toutes les questions qu'on lui adresse Quelques jours après, elle se met à répéter les mots qu'on dit devant elle pendant la visite. Une malade demande à se purger. M. le Docteur dit une autre : « je veux changer de quartier. A... répète après l'une et l'autre malade : « Je veux me purger, je veux changer de quartier ». En faisant la contre-visite nous nous sommes aperçus que les soirs elle a parfois des moments lucides pendant lesquels elle se met à marcher sous la galerie, rit, exécute des mouvements désordonnés, toujours les mêmes. Elle lève la main gauche jusqu'au menton, applique par dessus la main droite, écarte brusquement les deux mains, les rapproche de nouveau en frappant un ou deux coups comme pour applaudir.

Une autre fois, elle s'asseoit dans un coin, embrasse avec ses mains les genoux, écarte les mains pour exécuter les mêmes mouvements d'applaudissement en proférant quelques injures. Si on vient à prononcer devant elle un mot quelconque, elle le répète invariablement.

29 mai 1887. Depuis quelques jours, la malade est calme et s'agite seulement la matin. Hier nous étions appelés pour elle à 2 h. de la nuit ; la malade étouffait et était congestionnée. Sinapismes aux jambes. Potion avec eau-de-vie allemande 30 gr., sirop de Nerprun 20 gr. Le lendemain 30 gr. de sulfate de soude.

5 juin 1887. La détente est complète. La malade s'exprime très bien, nous donne quelques renseignements sur sa vie. Nous l'interrogeons sur l'echolalie. Etant jeune, la malade, sans savoir pourquoi, répétait les mots qu'elle entendait prononcer devant elle : « Ça lui montait de l'estomac dans la bouche ». Elle a toujours été émotive.

Le 15 août 1887. Nous nous sommes aperçus pour la première fois que non seulement A... répète tout ce qu'elle entend, mais qu'elle

imite les gestes qu'on fait devant elle. Cet état a persisté jusqu'au 3 novembre. La malade est encore une fois déprimée, refuse la nourriture, gâte et prononce des mots incohérents.

Au point de vue clinique on peut classer les echolaliques, etc., suivant leur pouvoir « d'arrêt » que Beanus de Nancy a si bien étudié.

I. — Le phénomène d'arrêt manque totalement.

Les dégénérés echotomanes sont echolaliques, coprolaliques et échokinesiques (jumping, latha, myriachit).

II. — Le mouvement reflexe involontairement est interrompu au cours d'exécution.

Une malade de Magnan, au moment où elle commence à prononcer un mot ordurier qui l'obsède (v... chameau c...) saute sur une chaise et dit : « J'allais dire un mot, je me retiens, je me retiens ».

III. — Le mouvement impulsif peut être affaibli dans son intensité.

Melle X... (1) peut, quand elle est en présence d'une personne qui l'intimide, à force de volonté, retenir les sauts et empêcher en serrant convulsivemment les lèvres qu'on puisse entendre les mots coprolaliques qu'elle prononce (2).

Un malade de Guinon, comme le nôtre (obs. 3 et 5). arrive à se retenir du désir de répéter à haute voix le dernier mot d'une phrase, mais il le dit tout bas ou intérieurement.

IV. — Les mouvements ne sont pas empêchés, mais retardés dans leur apparition.

(1) Gilles de la Tourette, loc. cit., obser. I. Pour les exemples, nous choisissons les observations les plus caractérisques.

(2) Voir les observations : Le fils de Condé in Pinel et les nôtres.

Un malade de Guinon (1) voit un chanteur et pendant un mois il a devant les yeux l'image obsédante de ce chanteur et de ses grimaces, puis un beau jour, au bout de ce temps, il se mit involontairement à l'imiter et à répéter ses primaces.

Lorsque Ch. (2) apporte quelque part un papier d'affaires dont il est chargé, il peut se retenir de ses impulsions à l'écholalie, mais après il répète le mot qui l'obsède.

Dans la société notre malade (observation III) doit faire tous les efforts pour ne pas proférer un mot ordurier, une fois sorti il ne cesse pas de répéter les expressions obsédantes jusqu'à l'épuisement complet des centres érithisés; le mouvement est empêché dans son exécution, mais aux prix d'efforts considérables.

Le malade de Mandslay (3) est forcé, comme par nécessité physique de proférer des blasphèmes ou des paroles obscènes. Tout effort conscient d'arrêt semble angmenter le mal et produire un malaise (il s'agit d'un coprolalique par impulsion). La seule assurance qu'il puisse se donner de ne pas avoir prononcé les paroles obscènes, c'est de fixer littéralement sa langue, de la mordre avec les dents et de la tenir ainsi physiquement incapable de prononcer un mot distinct.

Notre malade (de l'observation V) parvient à arrêter l'explosion de mots coprolaliques en serrant la mâchoire par une espèce de fronde.

(1) Obs. III.
(2) Gilles de la Tourette, obs. 5.
(3) Pathologie d'esprit p. 337.

MARCHE, DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT

L'echolalie, la coprolalie et l'échokinesie débutent presque toujours à un âge avancé, affecte les deux sexes, mais plus particulièrement les hommes.

Les syndromes se manifestent toujours sur un terrain héréditaire, revêtent le même caractère clinique en Amérique, Asie et Europe.

Le début d'apparition des syndromes est extrêmement variable; chez les dégénérés non délirants c'est presque toujours les mouvements involontaires, « les tics » qui ouvrent la scène. Chez les aliénés l'apparition de l'un ou de l'autre syndrome ne présente rien de fixe. Chez quelques dégénérés (maladie de Gilles de la Tourette) les mouvements involontaires débutent par la face et l'incoordination suit pour ainsi dire une marche descendante.

Les contractions musculaires limitées se transforment plus tard en saut. Le cri inarticulé, la coprolalie et l'échokinesie sont des manifestations tardives; chez les aliénés les syndromes sont transitoires, apparaissent et disparaissent suivant l'accalmie ou l'excitation des malades, suivant l'ordre de leurs hallucinations et de leurs inter-

prétations. Les maladies aiguës, le repos prolongé, affaiblissent les manifestations des syndromes.

Les écholaliques, coprolaliques et échokinésiques se distinguent des choréiques par des signes caractéristiques. Gilles de la Tourette a bien fait ressortir la différence qui existe entre les choréiques et les jumpings.

Au début il est facile de confondre les deux affections, mais la soudaineté et la rapidité des mouvements involontaires, le saut et surtout l'apparition d'un cri inarticulé qui se transforme plus tard en exclamation coprolalique tranchent la question. L'état mental caractéristique du sujet, la coexistance des syndromes comme klepsomanie, claustrophobie etc., l'obsession et l'impulsion, sont autant d'éléments de diagnostic différentiel. Enfin le jumping peut à force de volonté triompher momentanément de ces obsessions.

Quant au pronostic, il est fâcheux. Mais il y a ici une question de degré. Les écholaliques, coprolaliques et échokinésiques sans être menacés dans leur existence peuvent vivre longtemps, mais ils souffrent beaucoup de leur état et souvent même ils sont obligés de se bannir de la société.

Le traitement de l'écholalie, coprolalie et échokinésie est encore à faire.

Le repos prolongé, l'absence d'excitation et l'isolement associés à une médication bromo-arsenical combiné avec l'hydrothérapie, peuvent peut-être entraver chez les dégénérés les manifestations à l'écholalie, coprolalie et échokinésie.

CONCLUSIONS

1° L'écholalie, la coprolalie et l'échokinésie de Charcot se présentent en clinique isolément ou associées aux différentes formes névropathiques, aux signes prodromiques d'aliénation mentale, soit encore aux différents états délirants.

2° L'écholalie, la coprolalie et l'échokinésie accompagnées de tics peuvent constituer un syndrome morbide parfaitement autonome et à évolution déterminée, la maladie des tics ou de Gilles de la Tourette. Les malades qui en sont atteints sont dégénérés.

3° L'écholalie, la coprolalie et l'échokinésie isolées ou réunies se présentent également chez les aliénés et chez les dégénérés avec tous les caractères cliniques d'obsession et d'impulsion comme un syndrome simplement épisodique.

4° Les trois syndrômes revêtent plusieurs formes cliniques ; les malades sont obsédés par le désir de répéter, soit mentalement, soit à haute voix, les paroles des

autres. Tantôt ils n'éprouvent le besoin que de répéter les mots lus ou prononcés par certaines personnes ou leur propre parole (égoécholalie).

Les coprolaliques prononcent les mots orduriers à haute voix ou éprouvent un besoin irrésistible à les reproduire par écrit. Les échokinésiques imitent tous les gestes des autres ou les gestes qui caractérisent leurs tics, ou encore leurs propres gestes.

5° Les dégénérés supérieurs luttent avec l'obsession, créent diverses combinaisons pour échapper à l'impulsion irrésistible à répéter un mot entendu, à exécuter un geste fait par une autre personne, ou a proférer un mot ordurier ravivé dans les centres psychiques par une cause pathologique.

6° Le phénomène d'arrêt manque totalement chez les dégénérés inférieurs.

7° Grâce à la lutte, les dégénérés supérieurs peuvent interrompre l'impulsion et l'obsession au cours de l'exécution ; le mouvement involontaire peut être affaibli dans son intensité, retardé dans son apparition, enfin, empêché dans son exécution mais aux prix d'efforts considérables.

8° Les malades qui essaient de résister à l'impulsion à l'écholalie etc. éprouvent une réaction pénible. Les centres psychiques éréthisés se calment après l'exécution de l'impulsion.

9° Les maladies aigües, l'âge, le repos prolongé, affaiblissent l'intensité de l'obsession à l'écholalie, coprolalie et échokinésie.

10° La présence isolée ou simultanée de ces trois syndromes chez un malade éveille le diagnostic de la dégénérescence mentale en abscence de notions sur les antécédents héréditaires.

Vu : *le Président de thèse,*
CHARCOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Vu : *Le Doyen,*
BROUARDEL.

Lons-le-Saunier. — Imp. J. Mayet et Cie, rue St-Désiré, 20